RICHIESTA LIQUIDAZIONE

RICHIESTA LIQUIDAZIONE INDENNITA' DI FINE SERVIZIO

☐ ACCONTO

Allega copia ultima busta paga, Lettera/Comunicazione del collocamento a riposo o presa d'atto delle dimissioni, documento d'identità

Dichiara di essere collocato a riposo a decorrere da:_____/_____/_____

☐ SALDO

Allega copia lettera o bonifico acconto e documento d'identità.

Cognome.. .....,..... Nome.....

Nato/a .....il.....

residente in Via/ P.zza.....

CAP ....Città .....Prov.....

Tel/Cell..... . . , ... Dipendente di.....

E-mail .....N.Ind. / matr.....,.....

(") Il conferimento di tutti i dati personali presenti in questo modulo sono obbligatori ai fini della specifica finalità richiesta

modalità di pagamento Accredito su C/C

Coordinate Bancarie (IBAN)

I T		COD.		CIN	ABI					CAB					NUMERO C/C											
I	T																									

Data_____ Firma _____

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa inerente il trattamento dei propri dati personali e di averla già sottoscritta in conformità a quanto stabilito dal Regolamento Europeo 2016/679; dichiara, altresì, di averne compreso il contenuto e di essere pertanto a conoscenza che i propri dati saranno trattati con le modalità e le finalità indicate nella informativa stessa in aderenza alle disposizioni in aderenza alle disposizioni del citato Regolamento

Firma _____

INVIARE VIA MAIL A: ipa.sportello@comune.roma.it